



Por medio de la presente declaro la veracidad de los datos de salud que expongo a continuación:

APELLIDO Y NOMBRE:		DNI:
EDAD:	DOMICILIO:	
TELEFONOS:		

Marcar SI o NO según corresponda en cada casillero:

<input type="checkbox"/> Soplos	<input type="checkbox"/> Convulsiones / Ausencias / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Enf. Neurológicas/ Neurodegenerativas	<input type="checkbox"/> Enf. Tiroideas	<input type="checkbox"/> Micosis
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Trastornos de la Conducta / Psicopatologías	<input type="checkbox"/> Alergias medicamentosas alimentarias u otras	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma / EPOC / Broncoespasmos	<input type="checkbox"/> Diarreas crónicas	<input type="checkbox"/> Desviaciones de la columna
<input type="checkbox"/> Enf. Sistémicas/ autoinmunes	<input type="checkbox"/> Otras Neumopatías	<input type="checkbox"/> Hernia / Eventración	<input type="checkbox"/> Artrosis severa / artritis
<input type="checkbox"/> Tumores / Neoplasias		<input type="checkbox"/> Epistaxis a repetición	
		<input type="checkbox"/> Otitis a repetición	

Otras patologías / Observaciones:

.....  
 .....

Certificado Único de discapacidad

Antecedentes quirúrgicos: .....

Medicación: .....

Fecha última vacuna ANTITETÁNICA: .....

Declare si en los últimos 60 días sufrió fracturas, traumatismos, mononucleosis, hepatitis, alteraciones cardíacas u otras enfermedades:

.....  
 .....

El abajo firmante se compromete a comunicar al Campo de Deportes cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

San Isidro, ..... del mes de ..... del año .....

Firma: .....

Aclaración: .....